

вздошной области, не вправляющегося в брюшную полость, размерами 3х4 см и располагающегося в зоне старого деформированного послеоперационного рубца. Здесь же дефект в апоневрозе диаметром до 3 см. Имеется также келоидный рубец по белой линии живота в гипогастрии. В 7-летнем возрасте перенесла аппендэктомию по поводу деструктивного аппендицита, осложнившегося в последующем разлитым каловым перитонитом, вследствие несостоятельности культи червеобразного отростка. Анализ крови от 20.01.95 г.: лейкоциты — 4,9 10⁹/л, гемоглобин — 135 г/л, СОЭ — 6 мм/ч. Выставлен диагноз: послеоперационная грыжа правой подвздошной области. 24.01.95 г. больная оперирована. Произведено иссечение образования в правой подвздошной области, оказавшегося эндометриоидной кистой (гистологическое заключение от 31.01.95 г.) и пластика дефекта в апоневрозе по типу дубликатуры. Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Осмотрена гинекологом — патологии со стороны женских половых органов не выявлено. Выписана домой на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через три года. Жалоб не предъявляет. Самочувствие хорошее.

Больная Н., 24 года, поступила в гинекологическое отделение БСМП г.Гродно 21.04.97 г. с жалобами на боли в зоне послеоперационного рубца белой линии живота в гипогастриальной области, мажущиеся выделения с его поверхности во время менструации. Первые месячные с 13 лет по 4-5 дней через 28 дней, умеренно болезненные. В анамнезе одна беременность, закончившаяся срочными родами посредством кесарева сечения; эрозия шейки матки (1994 г.).

Объективно в области послеоперационного рубца белой линии живота имеется эндометриоидный очаг. Метросальпингография от 22.04.97 г. — патологии не выявлено. Анализ крови от 22.04.97 г.: лейкоциты — 3,2 10⁹/л, гемоглобин — 124 г/л, СОЭ — 7 мм/час. Выставлен диагноз: эндометриоз послеоперационного рубца. 25.04.97 г. больная оперирована. Произведена эксцизия эндометриоидной гетеротопии послеоперационного рубца в пределах здоровых тканей до апоневроза. Гистологическое заключение от 03.05.97 г. — эндометриоз послеоперационного рубца. Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через три месяца. Послеоперационный рубец без особенностей.

Таким образом, описанные случаи позволяют акцентировать внимание как гинекологов, так и хирургов на возможность экстрагенитального эндометриоза при наличии аденомиоза, а также без него.

Гаврилик Б.Л., Матеша Е.И., Гуляй Л.А.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ

/ Гродно /

Эндометриоз — патологический процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобное эндометрию. В ткани эндометриоза происходят изменения соответственно фазам менструального цикла. Эндометриоз различных локализаций возникает на фоне функциональной неполноценности системы гипоталамус-гипофиз-яичники. Пусковым фактором его развития может быть любая причина. Из экстрагенитальных локализаций эндометриоза встречается эндометриоз кишечника, органов мочевыделительной системы, послеоперационного рубца на передней брюшной стенке, легких и др. Первичное поражение этих органов наблюдается значительно реже, чем вторичное, и происходит в результате гематогенного и лимфогенного занесения элементов эндометрия в ткани экстрагенитальной системы. Приводим собственное наблюдение.

Больная П., 29 лет, поступила в хирургическое отделение БСМП г.Гродно 23.01.95 г. с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой под-